

町田市寝具乾燥消毒事業中止連絡票

町 田 市 長 様

年 月 日

連絡者	関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 高齢者支援センター
	住所	〒	
	事業所名		
	ふりがな		
	担当者氏名		電話番号

利用者	住所			
	ふりがな			
	氏名			
	介護保険 被保険者番号		生年月日	年 月 日

中止の理由	<input type="checkbox"/>	施設入所
	<input type="checkbox"/>	転居
	<input type="checkbox"/>	家族との同居
	<input type="checkbox"/>	死亡
	<input type="checkbox"/>	その他 ()

※ 提出上の注意

- ・ この連絡票は「サービスが中止になった時」にご利用いただくものです。
- ・ 長期間(1か月以上)の中止の際にご提出ください。
- ・ 事業中断の場合(入院等)は高齢者支援課にご連絡ください。